

## Las cefaleas, sus terapias y riesgos potenciales de accidentalidad. La percepción subjetiva del paciente

M<sup>a</sup> T. Vicente-Herrero<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> V. Ramírez Iñiguez de la Torre<sup>2</sup>, L. M. Capdevila García<sup>3</sup>,  
A. A. López-González<sup>4</sup>, M<sup>a</sup> J. Terradillos García<sup>5</sup>, C. Santamaría Navarro<sup>6</sup>

1- Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo.

Grupo Correos-Valencia y Castellón. Coordinadora Grupo de Neurología-AEEMT

2- Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo.

Grupo Correos-Albacete y Cuenca. Grupo de Neurología-AEEMT

3- Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo y Médico de familia.

Servicio de Prevención MAPFRE. Valencia. Grupo de Neurología-AEEMT

4- Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo.

Servicio de Prevención de GESMA. Palma de Mallorca. España.

Profesor asociado Universidad Illes Balears. Grupo de Neurología-AEEMT

5- Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo.

INSS-Madrid. Grupo de Neurología-AEEMT

6 Doctora en Matemáticas. Profesora Universidad Politécnica de Valencia (UPV).

Departamento de matemática aplicada

### Resumen

Los efectos secundarios del alcohol, las drogas así como de los fármacos utilizados en el tratamiento de algunas enfermedades, han sido objeto de diversos estudios en la literatura médica y, de forma especial, en relación con el riesgo potencial de generar accidentes de tráfico, por su trascendente impacto en la población. En el mundo del trabajo, estos aspectos adquieren una dimensión preventiva cuando se relacionan las condiciones laborales con las características individuales del trabajador, especialmente cuando el trabajo desempeñado implica la conducción habitual de vehículos, con riesgo de accidente laboral "en misión", o se utilice algún vehículo para acudir al mismo, lo que implica que al ir o volver del trabajo pueden ocurrir los denominados "accidentes laborales in itinere".

Para poder planificar de forma adecuada actuaciones preventivas, interesa conocer la percepción subjetiva del paciente, en este caso afectado de cefaleas y sometido a terapias más o menos continuas con uno o varios fármacos. Tiene especial importancia saber cómo afectan estas terapias a sus condiciones personales y al uso de vehículos. Contando con mayor información se puede realizar una labor preventiva coordinada, tanto dentro como fuera del ámbito laboral, que incluya al paciente afectado, al servicio de prevención y al médico prescriptor.

**Palabras Clave:** Cefalea, Migraña, Factores de Riesgo de Accidente de Tráfico, Salud Laboral, Medicina del Trabajo

### Abstract

Concern for the side effects of alcohol, drugs and medicines used in the treatment of diseases, has been the subject of several studies in the medical literature. Particularly, related to the potential risk of causing traffic accidents with fatal results and its impact on population. This acquires a preventive dimension in the occupational world when the working conditions are related to the individual worker characteristics, especially when the work done involves regular driving, or when accidents happen commuting to work, the so-called "in itinere" labor accidents.

In order to act on prevention, it is interesting to know the patient subjective perception, in this case, affected by headaches and subjected to more or less continuous therapies with one or several drugs. It is important to emphasize the way these therapies affect the patient's personal conditions and the use of vehicles. With additional information a better preventive coordinated work can be done, both inside and outside the workplace, including both the affected patient and the doctor prescribing the drugs.

**Keywords:** Headache, migraine, risk factors traffic crashes, occupational health, occupational medicine

### Correspondencia

Dra. M<sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero - Servicio Médico del Trabajo. SPP-Grupo Correos.  
Plaza del Ayuntamiento, 24-2º - 46002 Valencia.  
Teléfono: 963102752/Fax: 963940500 - e-mail: teovicante@ono.com

## Introducción

La mortalidad en España en el 2010, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>1</sup> tiene como primera causa los procesos cardiovasculares, seguidos de las tumoraciones y las patologías del aparato respiratorio. Actualmente, los accidentes de tráfico ocupan la novena posición entre las causas de mortalidad y morbilidad en el mundo, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que esto cambie en 2020, cuando se convertirán en la tercera causa de mortalidad por detrás de la cardiopatía isquémica y de los trastornos depresivos unipolares.<sup>2</sup> Aunque en los últimos años ha descendido más del 20% la mortalidad asociada a los accidentes de tráfico, sigue constituyendo sin embargo una de las principales preocupaciones, especialmente si se valora la alta rentabilidad y eficacia de las medidas preventivas cuando se adoptan de forma precoz y efectiva.

En el mundo laboral tiene especial interés el accidente de trabajo relacionado con la conducción de vehículos, tanto el que ocurre en trabajadores que han de utilizar el vehículo como herramienta de trabajo, el “accidente laboral en misión”, como el que sucede al ir o volver del trabajo, el “accidente in itinere”, con las connotaciones legislativas establecidas al respecto en la Ley de Prevención de Riesgos laborales (LPRL)<sup>3</sup>.

Son muchos los riesgos que intervienen en la causalidad de un accidente de tráfico, siendo uno de ellos el factor humano y en especial, la ingesta de tóxicos o de medicación por distintas patologías padecidas y los posibles efectos secundarios asociados a su consumo, tanto más, cuando este es habitual y prolongado. Previamente a que un fármaco inicie su comercialización es sometido a numerosos estudios y análisis encaminados a evaluar si los beneficios aportados superan a los posibles riesgos, de forma que sólo si el balance es positivo, las autoridades sanitarias proceden a su aprobación. Pero ningún fármaco es seguro al cien por cien y siempre existen riesgos, si bien suelen ser asumibles.

Entre las numerosas causas que pueden aumentar el riesgo de accidente, se encuentran las asociadas al padecimiento de patologías concretas, como las cefaleas, y a la migraña como forma específica de cefalea, junto con los efectos adversos de los tratamientos médicos y fármacos utilizados, tanto más si se tiene en cuenta que con frecuencia se trata de pacien-

tes polimedicados y esto hace que se puedan potenciar los efectos adversos individuales de cada fármaco por separado.

Según el RD 1344/2007<sup>4</sup>, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, se define como efecto o reacción adversa de un medicamento, cualquier respuesta a éste que sea nociva, no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o bien, para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. Este término incluye también todas las consecuencias clínicas perjudiciales derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de medicamentos, incluyendo las causadas por su utilización fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación.

Un estudio de especial referencia en este tema es el realizado en 2009 (5) y localizado en MEDLINE con los términos de búsqueda “accident” o “crash” y “traffic and drug”. En dicho estudio se encontraron 1.141 referencias relativas a fármacos concretos y se realizó una revisión pormenorizada de 22 estudios específicos basada en los efectos adversos sobre la conducción de vehículos, que incluyó a gran parte de los fármacos utilizados en la prescripción médica habitual. Se trató de establecer si había una relación directa entre estos fármacos y la existencia de accidentes de tráfico, relación plenamente establecida para sustancias como las benzodiacepinas, pero controvertida en otras muchas sustancias, quedando por resolver el efecto individual de algunas de ellas y el asociado de varias de estas sustancias en pacientes polimedicados.

En el estudio de las principales causas de accidentes laborales de tráfico encontramos en la bibliografía médica, publicaciones del año 2001 que orientan hacia factores ligados a determinados colectivos profesionales. Así, estudios realizados en conductores profesionales de autobús, señalan el riesgo de accidentalidad producido por los turnos rotatorios y las alteraciones del ciclo del sueño que conllevan y que, entre otros efectos, describen una mayor prevalencia de cefaleas junto con otras patologías relacionadas con las condiciones laborales asociadas al trabajo nocturno. Secundarias a sus condiciones laborales y, ligado a esto, un incremento en el uso de fármacos y un riesgo mayor de accidentes in itinere<sup>6</sup>.

En esta misma línea de trabajo se encuentra el estudio realizado en militares conductores profesionales, valorando los factores que pueden aumentar su riesgo de sufrir accidentes de tráfico; el disconfort generado por algunas patologías, entre las cuales se encuentra la migraña, puede modificar sus habilidades en la conducción y generar potenciales accidentes de tráfico. Se concluye finalmente en este estudio *“que es necesario intervenir en estas patologías para reducir las condiciones desfavorables en los conductores profesionales”*<sup>7</sup>.

Sirva de orientación igualmente el estudio-revisión de 25 publicaciones realizado en 2008, que abarca un periodo de 5 años y valora la influencia de las diversas condiciones laborales en el riesgo de accidentes de tráfico en los conductores de transporte profesional en Australia, en concreto en aquellos factores más directamente relacionados con el riesgo de accidentes de tráfico como: la ingesta de alcohol, drogas, fármacos (especialmente hipnóticos y anti-histamínicos), falta de sueño, tiempo de descanso después de la conducción, estrés y complicaciones en los diabéticos no insulino-dependientes. La modificación de conductas, la fatiga y la falta de sueño resultaron ser los más frecuentemente asociados como riesgos de accidentes de tráfico ocurridos durante el trabajo.<sup>8</sup> Pero la migraña y las cefaleas, además de como factores de riesgo potencial en accidentes de tráfico<sup>9</sup>, han de valorarse como patologías que pueden aparecer o verse agravadas después de un accidente de tráfico, laboral o no, y especialmente tras impacto en zona cráneo-cervical<sup>10</sup>.

Para poder realizar una eficaz labor preventiva de los accidentes de tráfico en general y de los accidentes laborales de tráfico de forma específica, es necesaria la colaboración del médico asistencial prescriptor y la coordinación de su actividad sanitaria con la realizada por el médico del Trabajo, siendo además necesaria, por supuesto, la colaboración del paciente afectado por la patología y trabajador en activo en el ámbito laboral. Estos objetivos son los contemplados en la encuesta cuyos resultados se describen seguidamente.

El papel del médico del Trabajo con anterioridad a la publicación y puesta en práctica de la Ley 31/95, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y normativa de ella dimanante<sup>11</sup>, se ha orientado tradicionalmente al control del absentismo y a la detección y prevención de aquellas patologías consideradas

enfermedades profesionales. Otras enfermedades que hasta fechas recientes han tenido una etiología laboral dudosa o desconocida, como las cefaleas, alteraciones alérgicas, patologías infecciosas o la depresión, son ahora objeto de estudio en Medicina del Trabajo, y ofrecen amplias posibilidades a la medicina ocupacional y a sus profesionales de demostrar la importancia de una intervención precoz y su repercusión en la productividad<sup>12</sup>.

Con estas premisas como base, se plantea y se lleva a cabo una ENCUESTA sobre CEFALEAS, MIGRAÑA Y CONDUCCIÓN entre pacientes afectados, cuyos resultados se muestran a continuación.

## Objetivos de la Encuesta

1. Determinar, entre los socios de la asociación española de pacientes con cefalea (AEPAC), las características predominantes del paciente con cefalea y la cronopatología de su enfermedad.
2. Conocer cuáles son los fármacos más usualmente prescritos y utilizados, en el momento de realización de la encuesta o con anterioridad a la misma, para la prevención o el tratamiento de la cefalea.
3. Conocer cómo los efectos adversos de estos fármacos son percibidos subjetivamente por los pacientes, analizando de forma especial los que pudieran interferir en la conducción de vehículos.
4. Establecer con estos datos estrategias preventivas de futuro y de colaboración entre el médico del trabajo, el asistencial y el paciente/trabajador afectado de cefalea.
5. Planificar, en base a los conocimientos que de la encuesta se deriven, la utilización de estrategias informativas y preventivas de uso social a través de la AEPAC y potenciar la colaboración con la Fundación MAPFRE como entidad especialmente implicada en la prevención de los accidentes a través del Instituto de Seguridad Vial.

## Material y Métodos

Se realiza una encuesta anónima, no validada y elaborada por el grupo de trabajo de neurología de la AEEMT, dirigida a población general afecta de cefaleas y perteneciente a la asociación española de



pacientes con cefalea (AEPAC). La encuesta, que consta de 32 preguntas de respuesta múltiple, se cuelga en la página Web de la AEPAC y permanece a disposición de los socios/as desde enero de 2010 hasta enero de 2011. Conjuntamente con la difusión realizada en la AEPAC, el Instituto de Seguridad Vial de la Fundación MAPFRE, como entidad que ha trabajado el riesgo en la conducción de forma tradicional en colaboración con distintos grupos de médicos,

cuelga la encuesta en su página y facilita su difusión y el acceso a la página de AEPAC mediante enlaces en sus WEB y redes asociadas.

Los fármacos que se valoran en la encuesta, tanto preventivos como sintomáticos, son los incluidos en los protocolos internacionales para el tratamiento de los distintos tipos de cefaleas y, junto con sus efectos adversos, se muestran en la Tabla 1.

TABLA 1.- FÁRMACOS EMPLEADOS EN LAS CEFALÉAS Y EFECTOS ADVERSOS DESCRITOS POR GRUPOS FARMACOLÓGICOS			
Fármaco prescrito (grupo farmacológico)	Detalle de fármacos.	Efectos adversos farmacológicos	Riesgos de accidentalidad asociados a los efectos adversos
<b>AGONISTAS SELECTIVOS DE RECEPTORES 5-HT<sub>1</sub></b>	Rizatriptán, Sumatriptán, Naratriptán, Zolmitriptán, Almotriptán, Eletriptán, Frovatriptán  maxalt®, almogran®, zomig®, relpax®, naramig®, imigran®, forvey®	Trastornos psiquiátricos: somnolencia, desorientación, insomnio, nerviosismo. Trastornos del sistema nervioso: mareo, parestesia, cefalea, hipostesia, disminución de la agudeza mental, temblor, ataxia, vértigo. Trastornos oculares, (normalmente transitorios), visión anormal, dolor ocular, fotofobia y trastorno de lagrimeo. Pápula, diplopía, visión reducida, pérdida de visión. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: pesadez regional, dolor de cuello, tensión regional, rigidez, debilidad muscular, dolor facial. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Astenia, fatiga, dolor en el abdomen o en el pecho. Trastornos cardíacos: palpitaciones, taquicardia, isquemia o infarto de miocardio, accidente cerebro-vascular.	Trastornos del sueño. Alteraciones del estado de ánimo. Dificultad para la concentración. Lentitud de respuesta. Reducción de la alerta/ atención. Alteraciones de la coordinación motora. Alteraciones de la visión. Fatiga. Alteración de la percepción del riesgo. Pérdida de conciencia.
<b>ALCALOIDES DEL ERGOT</b>	Dihidroergotamina, Ergotamina  Hemicranal®, Cafergot®	Según la vía de administración: Rinitis, náusea, vómito, alteración del gusto, obstrucción o goteo nasal, diarrea, faringitis, vértigo, sofocos, pirosis, boca seca, bradicardia o taquicardia transitoria. Sistema nervioso: Mareo, dolor abdominal, náuseas y vómitos, parestesias y frialdad de manos y pies, mareos.	Alteraciones de la coordinación motora.  Lentitud de respuesta. Dificultad para la concentración. Reducción de la alerta/ atención.
<b>ALGÉSICOS SIMPLES Y COMBINADOS ANALGÉSICOS</b>	paracetamol, paracetamol-codena, aspirina,  Dolalgial®, Nolotil®, Tenopar®, Analgiasa®, Ficalin®, cafergot®, Optalidon®, Sedergine®, eibalgina®	Trastornos del sistema nervioso: depresión del sistema nervioso central, somnolencia, depresión respiratoria y supresión del reflejo de la tos, trastornos del humor y posible dependencia.	Trastornos del sueño. Dificultad para la concentración.
<b>ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)</b>	ibuprofeno, naproxeno  antalgín®, naprosyn®, Voltaren®, Diclofenaco®, Algasidín®, Dalsy®, Neobrufen®, ketoprofeno, Fastum®, Orudis®,	Trastornos visuales: miosis, visión borrosa son efectos secundarios de la codeína.	Lentitud de respuesta. Dificultad para la concentración. Reducción de la alerta/ atención. Trastornos del sueño. Alteraciones de la visión.
<b>BETA-BLOQUEANTES</b>	Propranolol, Nadolol o Atenolol  Sumial®, Solgel®, Tenoximil®, etc.	Trastornos del sistema nervioso: Fatiga y/o letitud. Mareo, vértigo, astenia, cefaleas, alteraciones de la concentración, confusión, parestesias, aisladamente síndrome similar a miastenia grave o exacerbación de miastenia grave. Trastornos oculares: Sequedad ocular, trastornos visuales. Trastornos digestivos: Náuseas, vómitos, diarreas. Trastornos Cardio-circulatorios: Bradicardia, hipotensión, ortostatismo, exacerbación de claudicación intermitente, frialdad en extremidades, riesgo de desencañamiento de insuficiencia cardíaca congestiva y angor, vasoconstricción periférica.	Alteraciones del estado de ánimo. Trastornos del sueño. Alteraciones de la coordinación motora. Fatiga. Alteración de la percepción del riesgo. Dificultad para la concentración. Alteraciones visuales. Pérdida de conciencia. Alteración de la movilidad.
<b>NEUROMODULADORES ANTIPILEPTICOS</b>	Topiramato, Lamotrigina, Gabapentina, Ac. Valproico, Carbamacepina  Topamax®, Topiramato EFG®, Depelcine®, Milzone®, Valproato EFG®, etc.	Trastornos Psiquiátricos: fragilidad emocional, depresión y la irritabilidad/agresividad. Trastornos del sueño (insomnio o somnolencia) fatiga, agresividad, irritabilidad, hostilidad, confusión y debilidad emocional, depresión, ansiedad, nerviosismo, pensamientos anormales, alucinaciones. Trastornos del sistema nervioso: discinesias, nistagmo, temblor, confusión, mareo y cansancio, parestesias, somnolencia y mareo, ataxia. Alteración en la atención, deterioro de la memoria, amnesia, trastorno cognitivo, deterioro mental, deterioro de las habilidades psicomotoras, convulsión, coordinación anormal, temblores, letargia, hipostesia, nistagmo, disgeusia, trastorno del equilibrio, disartria, temblor de acción, sedación, ataxia. Trastornos Oftalmológicos: diplopía y visión borrosa. Reducción de la agudeza visual, escotoma, miopía, sensación anormal en el ojo, ojo seco, fotofobia, blefaroespanto, aumento del lagrimeo, fotopsia, midriasis, presbicia. Ceguera unilateral, ceguera transitoria, glaucoma, trastornos de la acomodación, alteración visual de la percepción de la profundidad, escotoma centelleante, edema palpebral, ceguera nocturna, ambliopía.	Alteraciones del estado de ánimo. Alteración de la percepción del riesgo. Trastornos del sueño. Alteraciones de la coordinación motora. Dificultad para la concentración. Lentitud de respuesta. Reducción de la alerta/ atención. Alteraciones de la visión.
<b>ANTAGONISTAS DEL CALCIO</b>	Flunarizina, Verapamilo  Sibelium®, Fluxpax®	Trastornos del sistema nervioso central: Mareos, cefalea, astenia, somnolencia, irritabilidad. Trastornos Oftalmológicos: Visión borrosa.	Dificultad para la concentración. Fatiga. Trastornos del sueño. Alteraciones del estado de ánimo. Alteraciones de la percepción del riesgo. Alteraciones de la visión.
<b>ANSIOLÍTICOS Y RELAJANTES</b>	Benzodiacepinas  Valium®, Tranxilium®	Trastornos del sistema nervioso central: Disminución del nivel de conciencia, coordinación motora y empeoramiento de la capacidad de atención-concentración. Hostilidad en personas con pobre control de impulsos. Somnolencia, vértigo, ataxia.	Dificultad para la concentración. Lentitud de respuesta. Reducción de la alerta/ atención. Alteración de la coordinación motora. Trastornos del sueño.
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	Amitriptilina, Fluoxetina, Paroxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopram, escitalopram, venlafaxina, duloxetina, reboksetina, mirtazapina  Tryptizol®, Deprelid®, Nobritol®	Trastornos del Sistema Nervioso Central: sedación, trastornos del sueño (somnolencia o insomnio), incoordinación motora, temblor y fatiga, ansiedad, mareos y vértigos. Trastornos Oftalmológicos: Visión borrosa y trastornos de la acomodación.	Dificultad para la concentración. Lentitud de respuesta. Reducción de la alerta/ atención. Alteración de la coordinación motora. Trastornos del sueño. Fatiga. Trastornos de la visión.

Ref: Vademecum Internacional, Edición 2007. Editorial Medicom.  
Centro de Información online de Medicamentos (CIMA). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Tabla 1

Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS 17.0. Para el análisis estadístico de los resultados se emplea un descriptivo de variables con determinación de frecuencias absolutas y relativas. Se relacionan posteriormente diferentes variables de acuerdo a su proporción en la muestra, mediante tablas de contingencia y comparación de proporciones, empleando para ello la prueba estadística de chi cuadrado. El comparativo entre las variables establece un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

## Resultados

La encuesta fue respondida por 393 personas.

Se analizan los resultados de las 351 personas que la contestan en su totalidad y se han descartado las encuestas incompletas (42 encuestas).

Al ser todas las variables categóricas, se hace un estudio de las frecuencias. Los resultados detallados se muestran en las Tablas 2 y 3.

### *Aspectos socio-demográficos de los participantes en la encuesta.*

Sexo: el 77,8% de los participantes son mujeres. Edad: el 65,2% de las personas que responden la encuesta se encuentran incluidas en el bloque de edad de 31 a 50 años y un 25,9% está por debajo de los 30 años, lo que hace que de forma conjunta el 91,1% sean personas menores de 50 años y, por ello, comprendidas en la etapa de mayor productividad social y laboral.

País de residencia: el 82,9% son residentes en España, quedando un porcentaje minoritario, del 17,1% de residentes en otros países que han tenido acceso a la página de AEPAC por internet.

**Tabla 2. RESULTADOS ENCUESTA CEFALÉAS. DESCRIPTIVO DE VARIABLES**

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Sexo</b>	hombre	78	22,2	22,2
	mujer	273	77,8	100,0
<b>Edad</b>	10- 30 años	91	25,9	25,9
	31- 50 años	229	65,2	91,2
	Más de 50 años	31	8,8	100,0
<b>País de residencia</b>	España	291	82,9	82,9
	En otro país.	60	17,1	100,0
<b>Tiempo con cefalea</b>	< 5 años	69	19,7	19,7
	Entre 5-10 años	55	15,7	35,4
	Más de 10 años	226	64,4	100,0
<b>Tipo de cefalea</b>	Migraña con aura	89	25,4	25,4
	Migraña sin aura	78	22,2	47,7
	Cefalea tensional	31	8,8	56,6
	Cefalea en racimos	20	5,7	62,3
	Migraña y cefalea tensional	97	27,6	90,0
	Otro tipo de cefalea	35	10,0	100,0
<b>Más de 15 días/mes con cefalea</b>	Si	170	48,4	48,6
	No	180	51,3	100,0
<b>Otra patología</b>	Si	101	28,8	28,9
	No	222	63,2	92,3
	No lo se	27	7,7	100,0
<b>Ansiedad o depresión</b>	Si	101	28,8	28,9
	No	222	63,2	92,3
	No lo se	27	7,7	100,0
<b>Problemas para dormir</b>	Me cuesta conciliar el 1er sueño	57	16,2	16,3
	Me despierto con frecuencia y luego me cuesta conciliar	85	24,2	40,6
	Me cuesta conciliar el 1er sueño y despierto frecuentemente	57	16,2	56,9
	En general duermo bien	151	43,0	100,0

Tabla 2

**Características de su cefalea.**

Periodo de tiempo que hace que tienen dolor de cabeza: el 64,6% refiere sufrir dolor de cabeza desde hace más de 10 años y el 15,7% entre 5-10 años, por lo que en conjunto el 30,3% sufre dolor de cabeza desde hace más de 5 años. Tipo de dolor de cabeza que sufren: el 47,7% refiere sufrir migraña (25,4% con aura y 22,3% sin aura) y el 27,7% migraña asociada a cefalea tensional. Días con dolor de cabeza al mes: el 35,5% refiere tener más de 15 días al mes de dolor de cabeza y respecto a si esto se repite más de 3 meses consecutivos, el 48,6% responden de forma afirmativa.

**Patologías asociadas o concomitantes con la cefalea: Ansiedad o depresión, trastornos del sueño**

Padecen depresión o ansiedad asociada a cefaleas el 36,6% de los encuestados. Alteraciones del ciclo del sueño: el 56,9% refieren padecer trastornos del sueño, mientras que el 43,1% dice o responde dormir bien en general.

**Consumo de fármacos por sus cefaleas**

El 95,4% toma de forma habitual analgésicos. Con relación a las medicaciones preventivas: el 49,9% no ha tomado nunca betabloqueantes, y un 37% refiere haberlos tomado anteriormente, pero no en ese momento. El 57,1% refiere no tomar calcioantagonistas, y el 34,6% refiere haberlos tomado con anterioridad pero no en ese momento. El 61,5% dice no haber tomado nunca amitriptilina, y el 25,6% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento. El 65,2% no ha tomado nunca antidepresivos, y el 21,4% refiere haberlos tomado con anterioridad pero no en ese momento. Sobre el topiramato, el 65,1% refiere no haberlo tomado nunca y el 23,4% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento. El 85,2% refiere no haber tomado nunca valproato, si bien el 13,1% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento. Por último, el 91,6% declara no haber tomado nunca nicardipino, y el 6,9% afirma haberlo tomado con anterioridad pero no en ese momento.

**TABLA 3. TOMA DE FÁRMACOS Y EFECTOS ADVERSOS PERCIBIDOS**

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Toma de analgésicos</b>	si	333	94,9	95,4
	no	16	4,6	100,0
<b>Toma de betabloqueantes</b>	si	46	13,1	13,1
	No, nunca los he tomado	175	49,9	63,0
	Ahora no, pero los he tomado	130	37,0	100,0
<b>Toma de calcioantagonistas (flunarizina)</b>	si	29	8,3	8,3
	No, nunca los he tomado	200	57,0	65,4
	Ahora no, pero los he tomado	121	34,5	100,0
<b>Toma de Amitriptilina</b>	si	45	12,8	12,8
	No, nunca los he tomado	216	61,5	74,4
	Ahora no, pero los he tomado	90	25,6	100,0
<b>Toma de antidepresivos</b>	si	47	13,4	13,4
	No, nunca los he tomado	229	65,2	78,6
	Ahora no, pero los he tomado	75	21,4	100,0
<b>Toma de Topiramato</b>	si	40	11,4	11,4
	No, nunca los he tomado	228	65,0	76,6
	Ahora no, pero los he tomado	82	23,4	100,0
<b>Toma de Valproato</b>	si	6	1,7	1,7
	No, nunca los he tomado	299	85,2	86,9
	Ahora no, pero los he tomado	46	13,1	100,0
<b>Toma de Nicardipino</b>	si	5	1,4	1,4
	No, nunca los he tomado	318	90,6	93,1
	Ahora no, pero los he tomado	24	6,8	100,0
<b>Años tomando preventivos</b>	Menos de 3 meses	37	25,3	25,3
	Entre 3-6 meses	16	11,0	36,3
	Entre 6 meses y 1 año	22	15,1	51,4
	Entre 1 y 3 años	20	13,7	65,1
	Más de 3 años	51	34,9	100,0

Tabla 3



Respecto al tiempo que llevan con dicha medicación, de las 146 personas que respondieron afirmativamente a algunas de las cuestiones sobre fármacos preventivos, el 34,9% afirma llevar con terapia preventiva más de 3 años y el 13,7% entre 1 y 3 años, lo que de forma conjunta hace que el 48,6% los pacientes que toman medicación preventiva lleve más de 1 año de tratamiento.

***Efectos adversos de la medicación percibidos subjetivamente por los pacientes y que pudieran relacionarse con riesgo potencial en la conducción***

De las 146 personas que refieren tomar medicación preventiva, preguntados sobre los efectos adversos percibidos con dichas medicaciones responden lo siguiente: el 52,7% refiere problemas o dificultad para concentrarse, el 41,1% refiere alteraciones en la visión, el 68,5% sensación de fatiga o cansancio, el 41,1% lentitud de reflejos, el 29,5% sensación de desorientación, el 42,5% dificultad para encontrar las palabras precisas al hablar, el 28,1% lentitud en la respuesta y falta de coordinación en los movimientos, el 35,6% reducción de la alerta o de la atención, el 11,6% desprecio subjetivo de la percepción de riesgo, el 43,8% trastornos del estado de ánimo (tristeza, inquietud) y el 59,6% trastornos del sueño (somnia o insomnio).

Vistos los resultados, se puede establecer que el

**prototipo de persona que padece cefaleas**, entre los socios de la AEPAC que han respondido a la encuesta es el siguiente: Mujer, entre 31-50 años, con residencia en España, más de 10 años de evolución de la cefalea, que suele ser migraña (con o sin aura). Un tercio de los pacientes tiene más de 15 días al mes de dolor y durante más de tres meses (tendencia a la cronicación de la cefalea), sin otra patología asociada, con ingesta habitual de medicación sintomática para su control, sin que esté tomando en el momento de la encuesta medicación preventiva, pero con referencia a toma de dicha medicación en periodos anteriores. Los que están tomando fármacos preventivos, llevan en tratamiento más de 1 año (entre 1 y 3 años).

***Percepción subjetiva de los efectos adversos de la medicación por los pacientes***

Más de la mitad refieren sensación de fatiga o cansancio, efectos adversos sobre la capacidad de concentración y trastornos en el ciclo del sueño que relacionan con la medicación que toman; en menor proporción (entre el 11-45%) refieren alteraciones en la visión, dificultad para encontrar las palabras, lentitud de reflejos, disminución de la atención o alerta, alteraciones en su estado de ánimo, falta de coordinación o lentitud en los movimientos y, en pocos casos, desprecio subjetivo en la percepción de riesgo.

**EFFECTOS ADVERSOS DE LOS PREVENTIVOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE**

	Si	77	52,7	52,7	52,7
<b>Dificultad de concentración</b>	No/NSNC	69	47,3	47,3	100,0
<b>Alteraciones de la visión</b>	Si	60	41,1	41,1	41,1
	No/NSNC	86	58,9	58,9	100,0
<b>Fatiga o cansancio:</b>	Si	100	68,5	68,5	68,5
	No/NSNC	46	31,5	31,5	100,0
<b>Lentitud de reflejos</b>	Si	60	41,1	41,1	41,1
	No/NSNC	86	58,9	58,9	100,0
<b>Desorientación</b>	Si	43	29,5	29,5	29,5
	No/NSNC	103	70,5	70,5	100,0
<b>Lentitud reflejos</b>	Si	62	42,5	42,5	42,5
	No/NSNC	84	57,5	57,5	100,0
<b>Incoordinación movimientos, respuesta lenta</b>	Si	41	28,1	28,1	28,1
	No/NSNC	105	71,9	71,9	100,0
<b>Reducción alerta o atención</b>	Si	52	35,6	35,6	35,6
	No/NSNC	94	64,4	64,4	100,0
<b>Menor sensación de riesgo</b>	Si	17	11,6	11,6	11,6
	No/NSNC	129	88,4	88,4	100,0
<b>Trastornos del ánimo</b>	Si	64	43,8	43,8	43,8
	No/NSNC	82	56,2	56,2	100,0
<b>Alteraciones del ciclo del sueño</b>	Si	87	59,6	59,6	59,6
	No/NSNC	59	40,4	40,4	100,0

Es de destacar que en muchas de las variables analizadas los resultados están relacionados con el tipo de cefalea que sufren: existe una relación significativa entre el tipo de dolor de cabeza diagnosticado y el tiempo que lleva la persona con cefalea, siendo la migraña la que cursa con mayor evolución en el tiempo (entre 5-10 años) y cuando se trata de cefaleas tensionales, suelen tener una evolución menor de 5 años. Los casos más prolongados (más de 10 años) son de ambas patologías asociadas. También existe cierta relación entre tipo de cefalea y el tiempo de dolor de cabeza-tendencia a la cronificación del dolor (más de 15 días/mes, durante más de 3 meses) con mayor proporción de casos cronificados entre los que padecen migraña asociada a cefalea tensional, cefalea en racimos y otros tipos de cefalea, con cifras que superan a las de la migraña o la cefalea tensional de forma aislada.

***Importancia de las variables edad y sexo de los participantes en relación con el resto de variables estudiadas (partiendo de la base de que la mayoría de los participantes han sido mujeres)***

En cuanto a la edad de los participantes, se observa que existe relación significativa con el sexo; por debajo de los 50 años, entre los afectados predominan las mujeres. A partir de los 50 años prácticamente están equiparados los dos sexos.

En cuanto al tiempo de evolución de la cefalea, no se observa relación significativa entre el tiempo con dolor de cabeza y el sexo, pero sí con respecto a la edad: el grupo de edad entre 31 y 50 años es el que lleva más tiempo con dolor de cabeza (más de 10 años). Existe una relación significativa entre el tipo de dolor de cabeza diagnosticado y el sexo: en las mujeres el dolor de cabeza más frecuente es la migraña y la cefalea tensional, mientras que entre los hombres destaca la migraña sin aura. Se observa también una relación significativa entre los grupos de edad y el tipo de dolor de cabeza; en el grupo más joven (10-30 años) destaca la migraña con aura, en el grupo de edad intermedio (31 a 50 años) la migraña con cefalea tensional y en el grupo de mayor edad (más de 50 años) predomina también la migraña con cefalea tensional asociada.

En lo que respecta a la tendencia a la cronificación (más de 15 días de dolor/mes durante más de 3 meses), en el grupo de mujeres algo más de la mitad sufren 15 días o más dolor de cabeza, cosa que no ocurre entre los hombres, aunque esta asociación es

ligeramente significativa. Respecto a tener alguna otra enfermedad asociada a la cefalea, es algo mayor el porcentaje de mujeres que sufre alguna otra enfermedad que el de hombres, siendo esta asociación poco significativa. En cuanto a la toma de analgésicos para el dolor, existe un porcentaje significativamente inferior de toma de analgésicos en hombres que en mujeres. En la toma de medicaciones preventivas, se observa una relación significativa entre la toma de betabloqueantes y el sexo a favor de las mujeres. En los calcioantagonistas la relación se observa con la edad, de forma que la flunarizina la toman actualmente de forma mayoritaria los pacientes de entre 10 y 30 años. El topiramato, se toma por igual en los tres grupos de edad. Respecto al valproato, el grupo más joven no lo toma actualmente, el 90.1% de este grupo de edad no lo ha probado nunca y quienes lo toman en la actualidad son mayoritariamente del grupo entre 31 y 50 años. Respecto a los efectos secundarios de estas medicaciones solo se observa relación entre “dificultad para encontrar las palabras” y el sexo, refiriendo este efecto la mitad aproximadamente de las mujeres encuestadas y una proporción mucho menor de hombres.

## **Conclusiones y Discusión**

De los resultados obtenidos y admitiendo el sesgo inherente a que todos los participantes son personas diagnosticadas previamente de cefaleas de cualquier tipo y especialmente sensibilizados con la patología puesto que todos pertenecen como socios a una asociación de pacientes, se puede concluir que existe una clara percepción subjetiva por parte de los afectados de la existencia de efectos adversos asociados a los fármacos que toman. Esta percepción implica a médicos y pacientes y permite orientar actuaciones preventivas. Afecta a todos cuantos, de una u otra forma dentro del sistema sanitario, con tareas asistenciales o no, tienen la responsabilidad de, por una parte, valorar los innegables efectos beneficiosos de los fármacos utilizados para el alivio de los cuadros de dolor o para mejorar la calidad de vida del paciente al reducir la frecuencia o la intensidad de los síntomas y, por otra parte, considerar simultáneamente la forma de vida del paciente, su trabajo y las potenciales limitaciones o riesgos que se asumen al prescribir/consumir estos fármacos, de forma específica en cuanto a los riesgos relacionados con la conducción de vehículos o de maquinaria peligrosa, que pueden traducirse en accidentes de tráfico y/o laborales.



Como medidas preventivas que se proponen tras analizar los resultados obtenidos en esta encuesta destacan:

- Evitar la automedicación por parte de los pacientes, insistiendo en la necesidad de consultar con el médico previamente a la toma de cualquier fármaco, que realizará una valoración global de los aspectos ligados al estilo de vida, tipo de trabajo y uso regular de vehículos o maquinarias que impliquen riesgos para sí mismos o para terceros implicados.

- Valorar conjuntamente todas las medicaciones que el paciente esté tomando y los posibles efectos secundarios que pueden aparecer o potenciarse en los pacientes polimedicados.

- En casos de especial riesgo para la conducción de vehículos, realizar una valoración conjunta entre el médico del Trabajo y el médico Asistencial sobre la conveniencia de modificar el tratamiento, suprimirlo o, si esto no es posible, la posibilidad de un cambio de puesto de trabajo, modificación de las condiciones de riesgo o incluso solicitar si procede, en situaciones extremas y de especial cronificación, una incapacidad temporal siendo, en estos casos necesarios para ello.

- Valorar la existencia de otras situaciones de riesgo para la conducción por patologías concomitantes o los fármacos utilizados en su tratamiento y que puedan asociarse en pacientes con cefaleas: EPOC, SAOS, HTA, cardiopatías, etc.

La aplicación de la legislación vigente implica, por una parte, la obligación de establecer una vigilancia del cumplimiento de cuanto se ha mencionado anteriormente por parte de los Organismos oficiales implicados y, por otra parte, la instauración de sistemas de apoyo y orientación para el profesional afectado. Como ejemplo, la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (14), la Ley General de Sanidad de 1986 (15), y el Real Decreto 1344/2007 sobre farmacovigilancia humana (4), que obligan a colaborar a todos los profesionales sanitarios, mediante la notificación de sospechas de reacciones adversas medicamentosas (RAM).

**Agradecimientos:** AEPAC y a sus socios por su colaboración respondiendo a esta encuesta y al Instituto de Seguridad Vial de la Fundación MAPFRE, por su cooperación en la difusión de esta encuesta y sus resultados.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Tasas de mortalidad por causas. Ministerio de Economía y Hacienda. España-2010. Disponibles en: <http://www.ine.es>.
2. Delgado S. I jornadas sobre accidentes de circulación. Las Palmas de Gran Canaria. 7-8 octubre 2010. [www.jornadasseguridadialcanarias2010.org](http://www.jornadasseguridadialcanarias2010.org).
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. BOE, nº 269, p. 32590-32611 (10 de nov. de 1995).
4. Real Decreto 1344/2007, de 11 de Octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, nº 262, p. 44631-44640 (1 de nov. 2007).
5. Orriols L, Salmi LR, Philip P, Moore N, Delorme B, Castot A, Lagarde E. The impact of medicinal drugs on traffic safety: a systematic review of epidemiological studies *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009;18(8):647-58.
6. Costa G, Sartori S, Facco P, Apostoli P. Health conditions of bus drivers in a 6 year follow up study. *J Hum Ergol (Tokyo)*. 2001;30(1-2):405-10.
7. Lerman Y, Matar M, Lavie B, Danon YL. Effect of valvular heart diseases, migraine headaches, and perianal diseases on the risk of involvement in motor vehicle crashes. *J.Trauma*. 1995;39(6):1058-62.
8. Robb G, Sultana S, Ameratunga S, Jackson R. A systematic review of epidemiological studies investigating risk factors for work-related road traffic crashes and injuries. *Inj Prev*. 2008;14(1):51-8.
9. Gjerstad L, Steen T. Driver's licence and seizures. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1993 ;113(18):2273-5.
10. Evans RW. Some observations on whiplash injuries. *Neurol Clin*. 1992 N;10(4):975-97.
11. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. BOE nº 24, p. 16111 a 16115 (31 de enero de-1997).
12. McCunney RJ. Health and productivity: a role for occupational health professionals. *J. Occup Environ Med*. 2001;43(1):30-5.

13. Vicente Herrero MT et al. Manual de cefalea para el médico: minusvalía, incapacidad y accidente de trabajo: análisis de las sentencias más relevantes. Editorial: Lettera Publicaciones, S.L. 2009.
14. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. España. Jefatura del Estado. BOE nº178, p.28122-28165 (27 de jul. de 2006).
15. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. España. Jefatura del Estado. BOE nº 102, p. 15207-15224, (29 de abr. 1986).

